44e Année. — N° 41. Vendredi 8 Octobre 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

...inique médicale : Sur les changements de forme et de position du cœur étudiés avec les projections radioscopiques et ...honendoscopiques, par A. Bianchi, 641. — **Bibliographie** : ...raitement de la blennorrhagie, par le Dr Delefosse, 642. — **Revue de la presse** : Le service de la protection du premier âge dans le département de la Seine en 1895, 643. — **Académie de médecine** : *Séance du 5 octobre* 1897. Présidence de M. Cadentou. — Transmissibilité des oreillons de l'homme au chien, 645. — Rôle pathogénique des poussières, 645. — La lèpre et son traitement par la sérothérapie, 646. — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 octobre*. Présidence de M. Delens. — Occlusion intestinale, 647. — **Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie** : *Session tenue à Bruxelles du 14 au 19 septembre (suite)*. — Valeur diagnostique de la main succulente, 648. — Un cas de syringomyélie avec pied succulent, 648. — Sur l'acromégalie, 648. — Le rôle de l'émotion dans la pathogénie et la thérapeutique des aboulies, 648. — La suggestion de tous les jours et la résistance physiologique de l'idée, 649. — Le bégaiement, 649. — Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow, 649. — **XIIe Congrès international de médecine** *tenu à Moscou du 19 au 26 août* 1897 *(suite)*. — De la prostatectomie, 650. — Sur la pathogenèse des calculs urinaires, 651. — Traitement des plaies infectées. Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol, 651. — Genèse des différentes formes de diabète sucré, 652. — **Nouvelles**, 655.

CLINIQUE MÉDICALE

...r les changements de forme et de position du cœur étudiés avec les projections radioscopiques et phonendoscopiques (1).

Par A. Bianchi.

Lorsque j'ai présenté, l'année dernière, à la Société ... médecine, les études sur les déplacements du cœur ...r la respiration, la digestion et les changements de ...sition, j'ai donné aussi les indications principales ...ur tracer la projection phonendoscopique du cœur. Aujourd'hui, je vous montrerai les résultats pareils des tracés radioscopiques et phonendoscopiques et je donnerai quelques renseignements complémentaires pour bien accomplir la projection phonendoscopique du cœur.

I. — Les résultats des projections radioscopiques et phonendoscopiques sont tout à fait pareils et plusieurs expériences nous ont démontré qu'on peut, selon les cas et la commodité, adopter l'une ou l'autre méthode pour obtenir la projection générale du cœur. Les mêmes résultats sont obtenus par la percussion ordinaire, mais avec moins de facilité et de sûreté.

J'ai pu constater, hier, chez Radiguet, avec le prof. Desplats, doyen de la Faculté catholique de Lille, et avec le prof. A. Morfo, titulaire de physiologie à Turin, les résultats pareils de la projection radioscopique et phonendoscopique du cœur.

La méthode radioscopique ne se connaît complètement par tout le monde : elle donne des projections du cœur sur la paroi antérieure et la paroi postérieure, selon que l'écran planoscopique ou la plaque sensibilisée est placé sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure. L'ombre plus ou moins sombre ainsi obtenue est plus ou moins nuancée à son contour selon l'éloignement des parties du contour cardiaque de la paroi, et selon la condition et l'épaisseur des poumons ; cette ombre est traversée par des ombres plus sombres encore, données par les côtés et le sternum antérieurement, par les côtés et la colonne vertébrale postérieurement.

La projection phonendoscopique générale du cœur est aussi facile à dessiner ainsi sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure, mais il faut tracer avant les bords internes des poumons et la ligne supérieure du foie. On place ensuite la tige du phonendoscope en la pressant bien fortement au côté gauche de la ligne médiane (1) dans l'espace libre entre les poumons. Il ne faut pas déplacer la tige, parce que facilement on se tromperait avec la projection pulmonaire. En frottant ou en pressant fortement avec le doigt parallèlement aux contours du cœur, on ne peut dessiner sa projection avec sûreté, facilité et rapidité (30 secondes à 1 minute) : il suffit de marquer un point avec le crayon où la vibration forte devient très faible ou

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 24 juillet 1897.

(1) Au côté gauche de la médiane sternale pour la projection antérieure du cœur, de la médiane vertébrale pour la projection postérieure du cœur, toujours 3 ou 4 centimètres au-dessus de la ligne supérieure du foie.

disparaît complètement. En réunissant avec une ligne ces points, nous avons le contour de la projection phonendoscopique du cœur.

Dans ce cas, la vibration forte correspond à l'ombre sombre en radioscopie et on la retrouve sur la partie du cœur non couverte par les poumons et sur la partie plus rapprochée de la paroi, ainsi que sur les os. La vibration moins forte correspondant aux nuances de l'ombre radioscopique se trouve sur les parties du cœur plus éloignées de la paroi, ou couvertes par les poumons. La position debout est la meilleure pour les projections du cœur soit antérieures, soit postérieures. La figure ainsi trouvée est un triangle avec une direction plus ou moins forte en bas et à gauche et avec ses angles arrondis.

II. — La projection du cœur change toujours de figure et de place.

Pour expliquer les changements de figure, non seulement il faut se rappeler que les parties du cœur changent toujours pendant leur travail et pendant les fonctions principales de la vie, mais que la position du cœur contre la paroi change toujours. La phonendoscopie nous donne l'ombre phonique du cœur, en conséquence, cette ombre change selon l'obliquité du cœur contre la paroi d'examen. On peut comparer le cœur à un cône avec la pointe rapprochée de la paroi antérieure et avec sa base éloignée plus ou moins d'elle et rapprochée de la paroi postérieure. L'ombre donnée par un cône est circulaire ou héliçoïdale, si le cône est perpendiculaire à la paroi sur laquelle se dessinait l'ombre ; est triangulaire lorsque le cône est parallèle à la paroi même. En conséquence, l'ombre phonendoscopique du cœur se rapprocherait de la forme circulaire ou triangulaire selon que la position du cœur serait plus ou moins perpendiculaire ou parallèle à la paroi d'examen.

Pour expliquer les changements de place de la projection cardiaque, il suffit de se rappeler que le cœur repose sur un plan mobile, le plan diaphragmatique. En conséquence, toutes les causes qui soulèveraient ou abaisseraient ce plan déplaceraient en haut ou en bas le cœur.

L'inspiration forcée déplace en bas le cœur, l'expiration forcée le déplace en haut.

L'estomac plein de gaz, en déplaçant en haut le diaphragme, déplace en haut le cœur du côté gauche ; l'estomac plein de nourriture porte en bas le diaphragme et le cœur avec lui.

Les intestins pleins de gaz en soulevant le foie et l'estomac soulèvent ainsi le diaphragme et le cœur.

Ainsi, dans la position couchée, le cœur se déplace en haut et en arrière, dans la position sur les côtes se déplace vers le côté plus bas et dans la position debout a-t-il un rapport direct avec le diaphragme et, en conséquence, avec la ligne supérieure du foie.

Dans les conditions pathologiques, selon que le diaphragme est déplacé en bas ou en haut par des pressions supérieures ou inférieures, pareilles de deux côtés, le cœur serait déplacé en bas ou en hau et, si les pressions sont unilatérales, le cœur serait d placé partiellement. Il faut encore considérer les pre sions latérales données par les poumons et les pre sions dues aux conditions spéciales pathologiqu (épanchements pleuraux, néoplasies de la cavité th racique, etc.).

Dans les cas pathologiques, le cœur même augmen envolume, peut déplacer en bas le diaphragme et l organes situés au-dessous.

Mais il faut se rappeler toujours que, à l'état ph siologique, le cœur change toujours la forme et l place de la projection, soit phonendoscopique, soit r dioscopique par l'influence des principales fonctio organiques, mais toujours par les lois bien simples d la gravité.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la blennorrhagie, par le Dr Delefoss Librairie Coccoz, Paris, 1897.

Il y a bien longtemps que je n'avais, en cette plac donné quelques lignes sur les livres parus — et Die sait s'ils sont nombreux. — Les vacances, les excu sions lointaines et puis le découragement parfois q nous prend en voyant tant d'efforts n'aboutir qu'à d piteuses productions, tout contribuait à un désintére sement de ce qui passait. A quoi bon, me disais-je, fati guer les lecteurs de ma prose hebdomadaire : si je di que l'ouvrage est bon, ils courront se le procurer, ca j'ose espérer qu'ils ont confiance en moi, et, en le lisan ils s'apercevront qu'il n'est pas mauvais, mais qu' n'est pas bon non plus. Si je dis qu'il est mauvais, c'e l'éditeur qui se fâche, et j'en connais certain, siégean boulevard Saint-Germain, je ne voudrais pas que l'o crût que c'est Rueff ou Alcan, qui, n'ayant envoyé qu des traités volumineux, mais vides sinon erronés, n pas voulu s'exposer à de nouvelles vérités et, depuis le dernières analyses que l'on fit de ses productions inf rieures, se garde bien de donner l'occasion à la critiqu de s'exercer, même quand les auteurs lui demande de le faire. Et puis c'est tout économie pour la librairie Qu'importe la satisfaction des acheteurs, pourvu qu'il aient acheté, — on ne leur demande pas s'ils sont con tents, — mais s'ils paient prix fort. Donc, je ne criti quais plus et laissais s'accumuler les tomes sur le volumes et les brochures sur une table. Si cela eû continué, le danger aurait été grand de submersion pa le livre. Mais je viens de voir à la surface de cet *Océa* (V. Hugo, *Œuvres posthumes*), un petit bouquin broch en gris d'aspect aimable, portant sur la première pag un titre qui m'a attiré, séduit, captivé. Mes entraille d'auteur ont tressailli et j'ai voulu demander à M. Dele fosse, l'auteur du petit volume, ce qu'il pensait de cett

tion que je connais bien : *Experto crede Roberto. Traitement de la blennorrhagie* ». Faut-il assurer la pâle encre était pour quelque chose dans cet ressement. Etant donné le format, la taille, les ctères du petit volume, je doutai que l'on put traiter plètement du traitement de la blennorhagie, passe re pour la femme, mais pour la femme et pour nme je craignais (je n'ose pas dire j'espérais) que n'ait été bien écourté.

m'incline devant le Dr Delefosse, et mes mauvaises espérances étaient vaines; il a réalisé le joli de force de faire tenir en 200 pages tout ce qu'il tile de connaître pour savoir traiter une blennorie; il a même pu y introduire ce qui n'était pas , par exemple le nom d'auteurs qui ont fait trop pour valoir d'être cités par lui.

eux parties forment l'ouvrage de M. Delefosse, la ie masculine et la partie féminine. La partie masne est traitée avec tous les détails que comporte la ernisation de la chaudepisse et, cependant, il m'a blé voir, avec plaisir, que l'expérience de M. Dele- se laisse aller à ne pas accepter d'enthousiasme des innovations dont les malades ne se trouvent toujours très bien. « Peut-être s'est on trop occupé gonocoque », dit-il en certaine ligne, et devra-t-on uper un peu plus de la transformation anatomoologique du canal de l'urèthre, c'est une contre olution que ces lignes de M. Delefosse et les plus rimentés le suivront avec joie. C'est peut-être un ilège de l'âge mûr, de ne pas s'emballer, mais c'est rent plus sûr. Quant à la partie féminine, je ne veux en dire, mais je conseille beaucoup de la lire dans vre de M. Delefosse. Tout y est et clairement et vement traité.

ésumer l'état actuel de la thérapeutique en ce qui cerne cette affection spéciale, relater avec détails, différents traitements nouvellement préconisés, en mot mettre en les mains du praticien un manuel soit en rapport avec l'importance que l'on doit atier aux affections blennorrhagiques chez l'homme chez la femme, tel est le but que s'est proposé Delefosse et qu'il a atteint; je ne peux que l'en félir... Je veux aussi le remercier de m'avoir, avec son t livre, sorti de mon apathie. Je vais explorer mes ntagnes de bouquins, et si je trouve quelque pierre cieuse, je ne manquerai pas de l'annoncer. Ma foi ! trouve quelque faux diamant, je ne manquerai pas e signaler aussi. Cela donnera plus de prix à ce que irai de bien des autres. F. VERCHÈRE.

REVUE DE LA PRESSE

—

Le service de la protection du premier âge dans le département de la Seine en 1895, par le Dr E. PASSE. (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, août 1897.

— Vous connaissez tous la *Loi Roussel* qui fonctionne depuis 1874. Les résultats ont été en s'améliorant tous les ans, et ils seraient encore bien meilleurs s'il ne fallait pas toujours et d'une façon continue lutter contre les préjugés et l'inertie individuelle : préjugés et inertie chez les nourrices, qui sont en général des femmes sans instruction et très réfractaires aux idées d'hygiène, préjugés et inertie chez les parents, qui ne comprennent pas toujours que c'est dans l'intérêt de l'enfant que la loi a été faite.

La protection a été exercée en 1895 à l'égard de 4,230 nourrissons dont 1,162 placés à Paris, et 3,068 placés dans la banlieue.

En classant ces enfants suivant le mode d'élevage on a :

1,762 enfants élevés au sein.....	41,60 p. 100.	
1,981	au biberon....	46,83 —
487 placés en sevrage ou garde...	11,51 —	

Mortalité des Nourrissons par Modes d'Élevage.

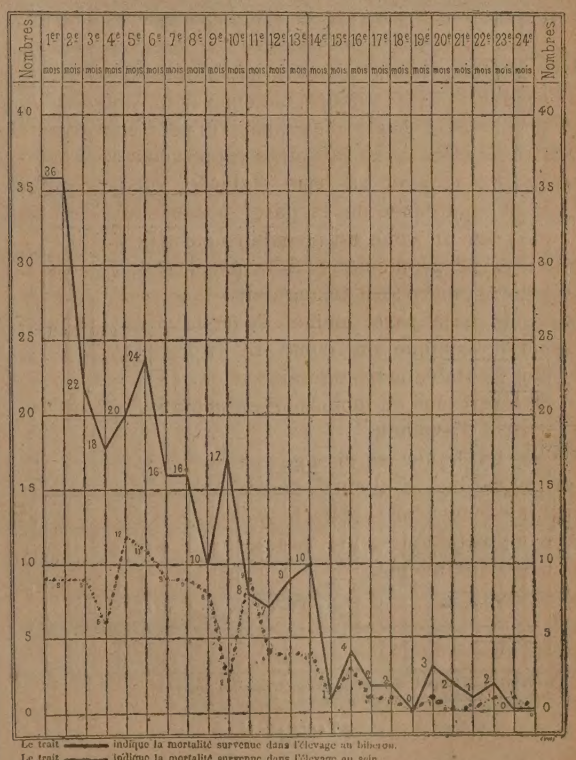

TABLEAU I.

La mortalité a varié suivant les arrondissements ou les communes de 5,21 p. 100 à 11,91 p. 100, et il faut noter que d'une manière constante ce sont toujours les mêmes arrondissements, ou les mêmes localités, c'est-à-dire les plus pauvres, qui ont la mortalité la plus élevée.

Il y a eu à Paris 88 décès, soit 7,57 p. 100, et dans la banlieue 247 décès, soit 8.05 p. 100.

Cette mortalité a toujours été plus élevée dans la banlieue qu'à Paris, ce qui de prime abord paraîtrait devoir être le contraire, car il est accepté dans les familles que les enfants sont mieux à la campagne qu'à Paris. Nous verrons plus loin que c'est peut-être vrai pour les enfants élevés au sein, mais qu'il en est tout autrement pour les enfants élevés au biberon.

Ainsi à Paris on trouve :

Pour les enfants élevés au sein.

une mortalité de..... 6,59 p. 100

Pour les enfants au biberon... 9,30 —

A la campagne :

Pour les enfants au sein..... 5,77 p. 100

— au biberon.. 11,87 —

Or certainement ces chiffres ne représentent pas la réalité absolue.

Mortalité des Nourrissons par rapport à la Durée de leur Placement.

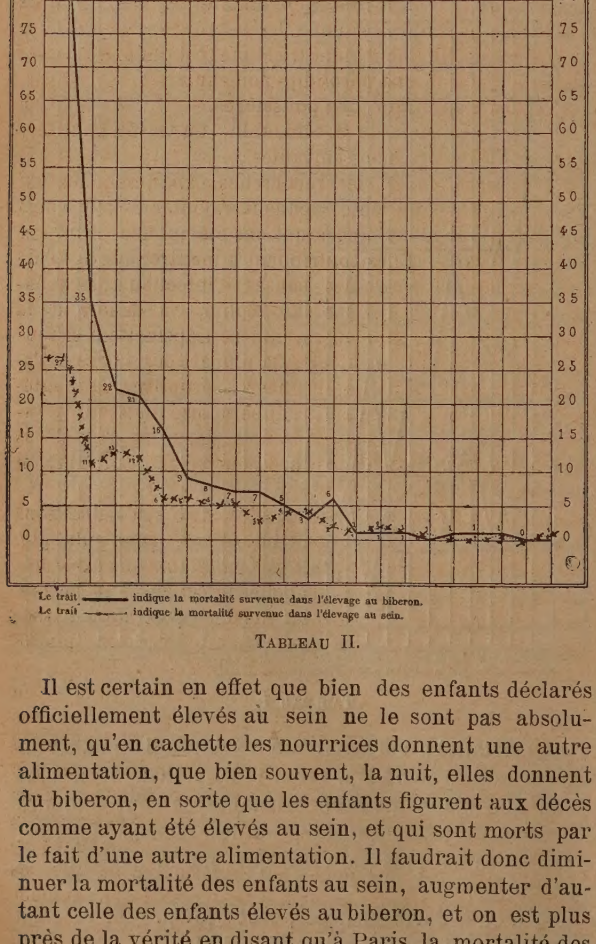

TABLEAU II.

Il est certain en effet que bien des enfants déclarés officiellement élevés au sein ne le sont pas absolument, qu'en cachette les nourrices donnent une autre alimentation, que bien souvent, la nuit, elles donnent du biberon, en sorte que les enfants figurent aux décès comme ayant été élevés au sein, et qui sont morts par le fait d'une autre alimentation. Il faudrait donc diminuer la mortalité des enfants au sein, augmenter d'autant celle des enfants élevés au biberon, et on est plus près de la vérité en disant qu'à Paris la mortalité des enfants élevés au biberon est *le double*, et dans la banlieue *le triple* de celle des enfants élevés au sein (tableau I).

La mortalité avait continuellement baissé depuis le fonctionnement de la loi Roussel, et avait eu son minimum en 1894 : 6,18 p. 100 ; elle a monté un peu en 1895 jusqu'à 7,91 p. 100, mais ce résultat paraît dû à un été exceptionnellement chaud. Si en effet on classe les décès d'après les saisons ou les mois on trouve :

En hiver..... 15 p. 100 de l'effectif mortuaire

Au printemps.. 19 — — —

En été..... 52 — — —

En automne... 21 — — —

et par mois la courbe indiquée dans le tableau ci-joint n° III.

Mortalité des Nourrissons par rapport aux Saisons.

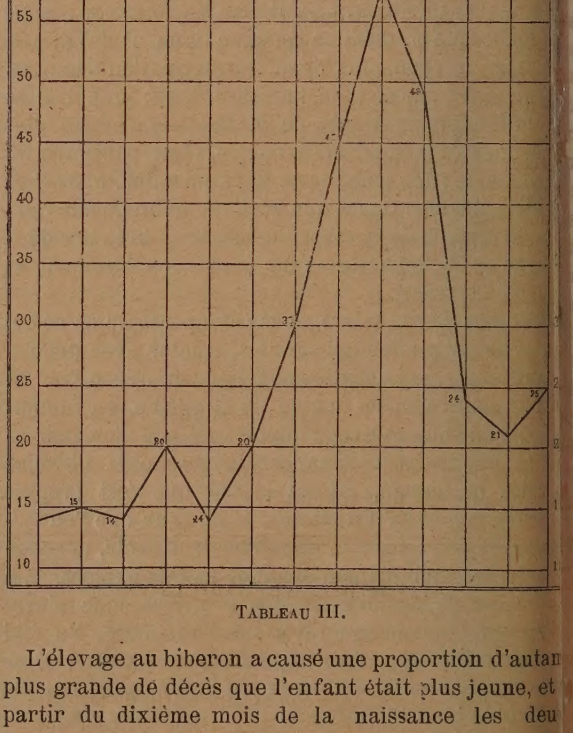

TABLEAU III.

L'élevage au biberon a causé une proportion d'autant plus grande de décès que l'enfant était plus jeune, et à partir du dixième mois de la naissance les deux courbes se rapprochent beaucoup, tout en restant plus élevée chez les enfants nourris au biberon (voir le tableau II) On voit combien meurtrier est le biberon dans les premiers jours de la naissance, et je ne saurais trop conseiller à toutes les mères de donner le sein à leurs enfants au moins pendant le temps qu'elle passent au lit après leur accouchement.

Si on envisage la mortalité des enfants placés au

ou au biberon, non plus d'après leur âge, mais rée du placement, on voit aussi combien la mor- est plus grande pour le biberon, et qu'au bout du ième mois les deux courbes se rapprochent de en plus pour se confondre presque à partir du me mois de placement chez la nourrice. A cette en effet l'enfant est mort ou son tempérament et gueur naturelle ont pu triompher d'une alimenta- non naturelle (tableau II)·

on classe les décès suivant leurs causes on trouve sur 100 décès, il y a :

22 maladies du système nerveux,
17 — de l'appareil respiratoire,
47 — de l'appareil digestif,
6 — par épidémie,
8 — non classées.

est donc toujours le biberon qui est le grand en- i, et *surtout l'été*.

a essayé le lait stérilisé ; mais les avis sont encore partagés sur ses avantages et ses inconvénients. t du reste très difficile d'obtenir des nourrices une llisation sérieuse. Dans les familles aisées et ins- es j'estime que l'usage du lait stérilisé a été une reuse innovation, mais ce serait une dangereuse ion de croire qu'il en est de même avec les nour- s mercenaires. Un grand nombre ne peuvent faire remière dépense de l'appareil, il se casse souvent flacons, et si on réfléchit que le taux des mois de rrice varie de 25 à 50 francs (la moyenne étant de ancs), que pour cette somme la nourrice doit ache- le lait, le sucre, chauffer, blanchir le bébé, souvent ver la nuit, que le lait coûte au moins 40 centimes tre, et que la moyenne de la consommation est de re 1/2, ce qui fait déjà 18 francs de nourriture, on eut que s'étonner de trouver des nourrices qui fas- un pareil métier leur rapportant un bénéfice de quante centimes par jour à peine. On en trouve ce- dant qui sont admirables de dévouement, de désin- ssement ; aussi le gouvernement a-t-il eu une géné- se pensée en délivrant à la fin de chaque année des ompenses pécuniaires et des diplômes d'honneur femmes les plus méritantes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

éance du 5 *octobre* 1897. — *Présidence de* M. Caventou.

A CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre du ministre de térieur communiquant à l'Académie le vœu suivant is par la commission permanente de vaccine de la Loire- érieure : « La commission, considérant les écarts consi- ables que présentent les résultats des vaccinations cons- és dans les diverses statistiques des médecins vacci- teurs et attribuant ces écarts à une interprétation férente des succès et des insuccès des vaccinations, iet le vœu que l'Académie de médecine fixe d'une façon tte, précise, ce qu'on doit entendre par succès et par insuccès d'une inoculation vaccinale et déclare spéciale- ment si la vaccinoïde ne doit pas être considérée comme une vaccine vraie, mais modifiée, et classée par suite parmi les insuccès de la vaccine ». 2° une lettre de M. Grasset, de Riom, adressant un pli cacheté relatif à la nature parasi- taire du goitre et à la description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des goitreux.

Transmissibilité des oreillons de l'homme au chien. — M. Laveran lit un rapport sur un travail adressé par M. le Dr Busquet.

Un lévrier russe léchait les crachats de son maître atteint d'oreillons. Quelque temps après la guérison de son maître, l'animal devint triste, son nez était sec. Il présentait de l'empâtement et de la douleur au niveau de la région temporo-maxillaire droite et même de la région parotidienne considérablement augmentée. A la région sous-maxillaire on constatait un engorgement ganglionnaire considérable. Dans la salive on trouva de nombreux diplocoques. La maladie évolua normalement et en quelques jours l'animal guérit.

M. Nocard pense que les oreillons n'existent pas chez le chien. D'autre part, dans ses expériences avec M. Catrin, jamais M. Laveran n'a pu obtenir la production d'oreillons chez le chien. Enfin l'inoculation des cultures dans le testicule du chien avait produit une orchite banale.

Faut-il donc admettre que le chien de M. Busquet a eu les oreillons ? La maladie a été unilatérale, l'animal a eu des ganglions multiples ; enfin les microbes recueillis dans la bouche ne signifient rien. Il est plus rationnel de penser que l'animal a eu une parotidite non suppurée.

Rôle pathogénique des poussières. — M. Kelsch lit en son nom et au nom de M. Simonnin, un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

Les observations et les recherches expérimentales qui font l'objet de cette note viennent s'ajouter à celles déjà nombreuses du même genre qui ont été publiées dans ces dernières années. Elles contribuent à montrer que le sol de nos habitations recèle des causes d'infection aussi puissantes que l'eau de boisson. En réalité, en dehors de la fièvre typhoïde et du choléra, qui se transmettent si souvent par ce dernier véhicule, la plupart des autres maladies communes, telles que les fièvres éruptives, la diphtérie, la pneumonie et surtout la tuberculose naissent presque toujours de germes conservés dans les poussières quand elles ne reconnaissent pas pour origine la contagion directe.

Cette proposition est surtout applicable aux habitations des collectivités, aux établissements d'instruction publique, aux ateliers des grandes villes, aux hôpitaux, aux casernes. Le danger d'explosion des maladies infectieuses est permanent dans ces milieux ; ce n'est pas une exagération d'avancer qu'on s'y meut sur un vaste champ de culture microbienne qui s'ensemence incessamment de tous les germes qu'y dépose le mouvement des masses, et que ce foyer de pullulation d'infiniments petits qu'on appelle l'entrevous est toujours prêt à rendre au centuple ce qu'il a reçu des groupes qui se pressent à sa surface. Nous estimons que nombre de maladies infectieuses, qui se développent dans les casernes sans y avoir été importées toutes faites par la contagion, naissent des poussières où sommeillent des germes déposés par des épidémies antérieures ou par les chaussures qui portent avec elles les traces de leur contact avec les souillures des écuries et des latrines.

Cette notion est devenue banale en épidémiologie militaire. Partout la sollicitude vigilante du commandement, éclairée par la science et incitée par les tendances progressistes du médecin de l'armée, poursuit parallèlement le double problème de la pureté des eaux de consommation et de l'asepsie des surfaces sur lesquelles vivent les groupes. En même temps qu'elle réduisait à son minimum le danger des maladies d'origine hydrique en soumettant à des procédés d'épuration artificiels les eaux de provenance impure ou suspecte, elle s'efforçait de supprimer, par les moyens les plus rationnels, les souillures de l'atmosphère non moins dangereuses que celles de l'eau de consommation.

Les préoccupations du service de santé à l'égard des surfaces habitées se sont traduites par des mesures multiples qui, sans doute, n'ont pas atteint la perfection, mais qui dépassent du moins ce qui a été tenté ailleurs dans cet ordre de choses : réfection des planchers que leur vétusté et leur longue imprégnation microbienne rendent plus particulièrement dangereux; remplacement de ceux-ci sur de nombreux points par des systèmes spéciaux qui en facilitent le traitement aseptique, suppression ou du moins désinfection fréquente et radicale des entrevous, enfin imperméabilisation des planchers par des substances qui sont à la fois oblitérantes et désinfectantes par rapport aux souillures qu'ils reçoivent: tels sont les actes par lesquels l'hygiène militaire lutte avec une inébranlable conviction, et non sans de réels succès, contre les causes morbigènes qui naissent pour ainsi dire sous les pas des habitants de nos casernes.

L'imperméabilité des planchers, réalisée dans un grand nombre d'habitations militaires, compte déjà plusieurs années d'application, et on pourrait apporter maintes preuves de la préservation qu'elle confère à l'égard des chances d'infection dans les chambrées.

Pratiquement, elle a traversé des périodes d'hésitation, de tâtonnement, d'étude, pour aboutir, en définitive, au procédé de la coaltarisation, d'un usage aujourd'hui très répandu dans l'armée. C'est de tous celui qui concilie le mieux les exigences de l'hygiène avec celles de la stricte économie.

La coaltarisation a soulevé ça et là des critiques, mais les inconvénients qu'on lui a reprochés sont moins imputables à elle-même qu'à des fautes commises dans son exécution par des mains inexpérimentées, fautes qui en compromettent parfois le résultat, mais dont les conséquences ne sauraient, en bonne justice, être mises à sa charge. Peu importe d'ailleurs le procédé : l'essentiel est que le but et la portée de l'opération soient compris et reconnus de tous. Sous ce rapport, l'expérience de ces dix dernières années n'a fait que fortifier la croyance des médecins militaires au rôle pathogénique des poussières recélées par les planchers, et leur foi dans l'action de toute mesure capable de protéger ceux-ci contre la pénétration de celles-là.

M. Laveran. Les faits que M. Kelsch a cités viennent à l'appui des faits déjà très nombreux qui montrent les dangers des souillures des planchers dans les casernes. Notre collègue n'est pas assez radical dans les remèdes qu'il propose pour obvier à ce danger.

Badigeonner au coaltar, cela rend le plancher imperméable, mais cela n'empêche pas le danger de ce qu'on a appelé le sous-plancher, d'autant plus que la coaltarisation est souvent mal faite.

Il faudrait donc un remède plus radical, il faudrait supprimer le plancher dans les casernes ou adopter un enduit imperméable qu'il soit facile de laver et de désinfecter.

La lèpre et son traitement par la sérothérapie. — M. le Dr Olaya Laverde (de Bucaramanga, Colombie) a entrepris ses travaux sur la sérothérapie de la lèpre après avoir eu connaissance de la première communication du Dr Carrasquilla. Le procédé employé par lui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux en leur injectant sous la peau du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie. Ces animaux éprouvent toujours une assez forte réaction générale, qui disparaît complètement au bout de cinq à six jours. Le sang de ces animaux, saignés lorsqu'ils sont revenus en pleine santé, est recueilli aseptiquement et injecté suivant les règles ordinaires; les accidents opératoires sont exceptionnels et de peu de gravité.

Les malades éprouvent à la première injection une réaction fébrile assez forte avec malaise, douleurs dans les reins et dans le ventre; quelquefois on observe de la diarrhée; cette réaction commence six heures après l'injection et se termine au bout de douze heures à trois ou six jours, suivant les cas, par une transpiration abondante, sentiment de bien-être et retour de l'appétit.

Les résultats thérapeutiques sont très manifestes et portent sur tous les symptômes à la fois. *Système nerveux* : disparition de l'anesthésie, des douleurs erratiques ou articulaires et des parésies. — *Muqueuses* : rétablissement de la respiration nasale, disparition de l'ozène et de l'anosmie, guérison des blépharites, des ulcères de la conjonctive et de la cornée. — *Peau* : rétablissement de la sécrétion sudorale, réapparition des poils, de la barbe, des sourcils, guérison rapide des ulcères étendus, disparition des lépromes par résorption.

État général. — Changement favorable de l'habitus, retour des forces, de l'appétit, du sommeil.

Bactériologie. — Disparition des bacilles dans les parties de la peau précédemment infiltrées de lépromes, où on les constate d'habitude avec facilité.

Durée du traitement : trois mois à un an et plus.

Résultats. — Jusqu'à présent les améliorations ont été constantes sur 60 cas. Six malades peuvent être considérés comme guéris. Leur guérison se maintient depuis un an. L'avenir seul fera connaître si les guérisons sont définitives, et si la majorité des malades peut arriver à la guérison complète ou à une amélioration relative. Ces résultats permettent d'employer concurremment avec la sérothérapie les procédés thérapeutiques ordinaires, tels que les cautérisations ignées, l'hygiène alimentaire et générale, et les médications toniques. Nous devons faire une mention spéciale aux lavages du sang pratiqués en injectant des doses massives de sérum normal dans le tissu cellulaire, ou du sérum artificiel dans une veine; ces procédés semblent un adjuvant très précieux de la sérothérapie.

Prophylaxie. — L'auteur croit que, vu les résultats de ce traitement, les lépreux doivent être considérés comme des malades; il n'est pas partisan de la déportation en masse de tous les sujets contaminés. L'isolement pour un temps déterminé, dans un hôpital spécial organisé pour la cure de la lèpre, paraît suffisant.

A 4 heures 25, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1897. — Présidence de M. Delens.

Occlusion intestinale. — M. Quénu. Il semblerait d'après le rapport qui nous a été présenté que la laparotomie doive être l'intervention de choix dans l'occlusion intestinale. Il n'en est rien. L'anus contre nature peut rendre les plus grands services. Je me rappelle un malade de notre collègue Lortin (à Dijon) chez lequel en l'absence de tout diagnostic possible et en proie à tous les symptômes de l'occlusion une simple boutonnière au niveau du cæcum suffit à conjurer les accidents et à amener une guérison définitive.

M. Kirmisson. Certains cas d'occlusion intestinale peuvent constituer un véritable problème. J'ai eu l'occasion de voir une jeune malade atteinte d'une occlusion considérable par un sarcôme de la fosse iliaque gauche. Je me contentai de faire l'anus contre nature et ce fait vient à l'appui de cette opinion que la laparotomie n'est nullement le traitement constant de l'occlusion intestinale. L'anus contre nature peut rendre les plus grands services.

M. Reclus. Je me rappelle un malade atteint d'occlusion intestinale paralytique auquel comme M. Quénu je ne fis qu'une petite boutonnière qui le laissa vivre et actuellement il est en bonne santé à l'âge de 87 ans.

M. Berger. Un homme encore jeune, près de 40 ans, était sujet à de véritables crises d'occlusion à répétition, je lui fis une laparotomie. Le cæcum, le colon transverse étaient distendus au-delà de toute expression, je fis un anus contre nature, petite soupape de sûreté sur le cæcum. Le malade alla à la selle, l'anus se ferma spontanément et depuis un an le malade vit dans d'excellentes conditions. L'occlusion était-elle due à une bride avec coudure du transverse et du descendant? Je ne sais, mais la déplétion par l'anus contre nature a suffi pour faire cesser les accidents.

M. Segond. Je pense que dans nombre de cas d'occlusion, il faut surtout empêcher les malades de mourir, et par suite bien faire supporter le moindre traumatisme.

L'occlusion intestinale post opératoire, surtout après l'hystérectomie vaginale, difficile à distinguer de la septicémie, de la péritonite, et due à un véritable bouchon fécale n'est pas justiciable de la laparotomie que le malade ne pourrait supporter. C'est à l'anus contre nature qu'il faut avoir recours. Je peux en citer deux faits dans lesquels l'anus s'est fermé tout seul après avoir sauvé la malade. L'anus contre nature les empêche de mourir et ne les tue jamais.

M. Nélaton. Il y a deux questions qu'on doit se poser lorsque l'on se demande s'il faut faire la laparotomie ou l'anus contre nature. Savoir s'il y à une véritable occlusion intestinale ou si on à affaire à une tumeur qui comprime l'intestin. Dans nombre de cas on trouve un abdomen distendu, énorme, dans lequel il est impossible de faire le diagnostic de la cause. Dans ce cas, la laparotomie est une opération néfaste. La mort s'en suit dans les deux ou trois heures. Et, comme le disait Segond, l'anus contre nature ne tue jamais et laisse le temps de remédier plus tard à la cause de l'obstruction.

L'établissement d'un anus contre nature me paraît l'opération de choix dans les cas d'occlusion intestinale dont on ne connaît pas la cause.

Ceci est la vieille pratique. Et on a eu de nombreux cas de guérison spontanée à la suite de l'anus contre nature. La laparotomie n'est la méthode de choix que dans les cas où on peut constater une bride. Or on ne peut jamais diagnostiquer cette bride.

M. Kirmisson. Je ne serai pas de l'avis de M. Nélaton sur ce dernier point et je crois qu'il est possible dans bien des cas de faire un diagnostic suffisant qui déterminera la résolution des chirurgiens à faire la laparotomie de l'anus contre nature.

M. Michaux. Les cas d'occlusion intestinale sont loin de se ressembler tous. Dans les cas chroniques, l'anus contre nature est le procédé de choix. Si l'obstacle ne siège pas sur le gros intestin, il deviendra inutile. Enfin, il est d'autres cas aigus chez des individus jeunes, où la laparotomie peut seule rendre service. Malgré le tympanisme considérable, je fais la laparotomie et pratique une ponction au bistouri, de l'intestin. J'évacue ainsi les gaz et referme la boutonnière ; s'il s'agit d'un volvulus, comme j'en ai publié deux cas, le malade guérit. Dans un autre fait, d'invagination du duodénum, j'ai pu reséquer l'instestin malade, et l'opéré a guéri de son opération.

Si dans ces cas on ne trouve pas d'obstacle par la laparatomie, il sera temps de faire l'anus contre nature.

M. Bazy. Je n'insiste pas sur la facilité du diagnostic de la cause de l'occlusion. On peut cependant reconnaître le siège. La laparotomie est une opération dangereuse. Je me rappelle deux cas. Dans l'un, j'ai fait la laparatomie qui m'a montré une bride sur l'intestin grêle ; dans l'autre, la laparotomie a montré une lésion de l'S iliaque et j'ai fait un anus iliaque médian, celui-ci s'est refermé et, six mois après, la malade est revenue avec de l'occlusion, j'ai refait la laparotomie et j'ai constaté l'existence d'un néoplasme de l'S iliaque.

M. Routier. Dans les cas d'occlusion aiguë, dans la plupart des cas, on ne peut faire de diagnostic. Dans les livres, c'est très commode, mais en face du malade, les signes indiqués sont bien difficiles à reconnaître.

La laparotomie permet de rechercher l'obstacle, et il faut être éclectique, réservant l'anus contre nature pour les vieillards et les malades moribonds. L'anus contre nature n'est pas aussi bénin que l'a dit M. Segond. J'ajouterai encore qu'il faut distinguer l'entérotomie et l'anus contre nature plutôt que la première, grave, il faut faire la laparatomie. Je me rappelle une malade qui présentait une sorte de hernie dans le mésentère et que la laparatomie a manifestement sauvée.

M. Hartmann. On croirait, au début de la discussion, que nous sommes tous d'avis de rejeter la laparotomie. Je crois qu'elle est seule l'opération à choisir.

M. Chaput. Quels sont les inconvénients de la laparotomie ? Il faut faire une incision longue ; de plus, après avoir sorti l'intestin, il faut le rentrer. Ce sont des inconvénients, cela est vrai, auxquels il faut ajouter les lésions intestinales auxquelles il faut remédier par la résection, l'anastomose. On a des difficultés de plus dues à la coprostase, fusées dans le péritoine ou constrictions trop fortes.

Dans les cas de torsions, d'étranglement, l'anus contre nature peut donner de bons résultats. La déplétion des valvules peut suffire pour les faire cesser.

Dans les cas d'invagination, de brides, l'anus contre nature peut rendre de grands services.

L'anus contre nature a toutes les vertus de la laparotomie et n'en a pas les inconvénients.

Je ne condamne pas la laparotomie sans appel, et la réserverai aux occlusions sans ballonnement, et je n'en ai pas encore trouvé.

M. Quénu. Je n'ai pas voulu déshériter la laparatomie lorsque j'ai pris la parole, et je crois que l'anus contre nature, à la période terminale de l'occlusion, est la seule ressource et souvent bien inutile. Dans les cas moyens, le tableau change et je suis partisan de la laparatomie, sauf dans les cas d'occlusion chronique. La conduite chirurgicale tient beaucoup moins du diagnostic précis de la lésion que de l'état général du malade. Il faut considérer la laparatomie aux diverses périodes de l'occlusion.

F. Verchère.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NÉUROLOGIE
DE PSYCHIATRIE
D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE ET D'HYPNOLOGIE

Session tenue à Bruxelles du 14 au 19 septembre.

(*Suite*) (1)

Valeur diagnostique de la main succulente. — M. Croco fils, de Bruxelles. Dans le cas rapporté par l'auteur et qui a trait à une femme de 60 ans atteinte d'atrophie musculaire depuis douze ans, le gonflement des mains, dit-il, n'a débuté que lorsque les bras furent complètement immobilisés ; l'œdème, qui était d'abord mou et intermittent, est devenu ensuite dur et constant, ce qui semble prouver que la cause de la main succulente est bien, ainsi que le pense Déjerine, la position verticale du membre. Je crois, cependant, qu'il faut ici faire une restriction et admettre qu'à côté du facteur mécanique il y a un facteur vaso-moteur grâce auquel le premier peut agir.

Aussi, je conclus que la main succulente se montrera de préférence dans la syringomyélie, mais que sa valeur diagnostique n'est pas aussi nette que Marinesco l'affirme.

Un cas de syringomyélie avec pied succulent. — M. Croco fils, de Bruxelles. Les troubles vaso-moteurs d'origine centrale agissent comme cause prédisposante et la position du membre comme cause occasionnelle. J'ai observé récemment un cas de syringomyélie dont les manifestations se cantonnaient dans le membre inférieur gauche ; il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans chez lequel il n'y avait qu'un peu d'atrophie du mollet, une dissociation complète de la sensibilité et une légère parésie de la jambe gauche.

Le pied était le siège d'un œdème dur, la peau était cyanosée, froide, lisse et sèche. Ici encore l'œdème avait été primitivement mou et intermittent pour devenir ensuite dur et constant.

Le pied droit était intact ; or, tous deux étaient soumis à une même position, il faut donc admettre qu'à côté de ce facteur mécanique il y avait un facteur vaso-moteur.

Sur l'acromégalie. — M. Tamburini (de Reggio Emilio). 1° Dans les cas typiques d'acromégalie (30 avec autopsie, recueillis jusqu'à présent), la tumeur de l'hypophyse ne manque jamais. Cette tumeur est constituée ordinairement, ou par la simple hypertrophie de la glande, ou par un adénome total de l'organe, dans lequel sont conservés les principaux éléments constitutifs du corps pituitaire ;

2° Dans tous les crânes des géants observés (12) on trouve un agrandissement et une excavation de la *sella turcica* telle qu'on est autorisé à en conclure qu'il y avait toujours tumeur de l'hypophyse ;

3° Donc l'accroissement pathologique des os, soit pendant une période plus avancée (acromégalie), s'accompagne toujours d'une tumeur de l'hypophyse ;

4° Le fait qu'on ne trouve jamais dans l'acromégalie l'atrophie de l'hypophyse, et qu'on ne trouve jamais des phénomènes d'acromégalie dans les cas de tumeurs hétérologues (atypiques) de l'hypophyse, démontrent que cette maladie n'est pas liée à l'abolition de la fonction de cet organe ;

5° La présence constante de la tumeur de l'hypophyse dans l'acromégalie et dans le gigantisme, et la nature de la tumeur, hypertrophie ou adénome, typique, totale de l'organe avec conservation de ses éléments constitutifs, parlent en faveur de l'hypothèse que l'acromégalie soit liée à l'hyperfonction du corps pituitaire.

Le rôle de l'émotion dans la pathogénie et la thérapeutique des aboulies. — MM. Paul Hartenberg et Paul Valentin, après avoir interprété la théorie de William James et de Lange, selon laquelle l'émotion n'est que la conscience des variations neuro-vasculaires qui se passent dans notre organisme, étudient deux émotions qui ont tout particulièrement une action inhibitoire sur les fonctions volontaires : ce sont la tristesse et la peur. Cette dernière, surtout, a un rôle considérable en médecine nerveuse et mentale, car elle est l'élément primordial des phobies : elle est considérée comme due à une constriction spasmodique des vaso-moteurs.

Au point de vue clinique, on peut diviser les aboulies par émotivité en générales et en particulières.

Les premières existent chez les individus, qui ont une telle instabilité native du système vaso-moteur, qu'à toute occasion leur émotivité est mise en éveil et intervient dans l'activité volontaire. Tels sont les timides.

Les secondes, au contraire, sont localisées et systématisées : elles n'apparaissent qu'à propos de certains actes invariables : elles sont dues au souvenir émotif d'une circonstance antérieure, ayant facilement impressionné le sujet.

Le traitement varie suivant la forme de l'aboulie. A l'aboulie générale il faut opposer un traitement général, une éducation de la volonté, une culture du caractère. A l'aboulie particulière, c'est un traitement spécial qui convient : on peut appliquer la méthode suggestive classique pour effacer le souvenir et abolir l'inhibition émotive.

Mais les auteurs ont mis en pratique une méthode différente, qui a pour but d'agir directement sur le fond émotionnel de l'aboulie. Puisque celui-ci consiste en une constriction vasculaire, ils se sont proposés de la remplacer par une dilatation vasculaire, telle que peuvent le produire la morphine ou l'alcool à faible dose. Mais, mieux que ces médicaments, le mouvement musculaire, détermine cet effet. Ils ont donc soumis les malades au *traitement par l'action*, qui consiste essentiellement en des pratiques de gymnastique psycho-mécanique, sous l'influence desquelles la tendance à la constriction vasculaire et par suite à l'émotion inhibitoire disparaît.

On peut d'ailleurs associer la suggestion ordinaire à cette

(1) Voir *France Médicale*, n° 40, 1897.

hode active, et les guérisons obtenues démontrent les reux effets de ce traitement.

a suggestion de tous les jours et la persistance phyogique de l'idée. — M. le Dr Castelain (de Bruxelles). expériences dites de « transmission de pensée » que agination créatrice peut varier à l'infini, ne s'expliquent s, comme on a pu le supposer autrefois, par une interion surhumaine, par une action fluidique ou mystése, ni même par des effets de volonté ou de suggestion atale. Le « liseur de pensées » ne s'applique qu'à une se : bien saisir les mouvements musculaires qui se pas- chez le sujet qui pense, notamment à l'endroit du fact, s'il y en a, et, en tous cas, faire exprimer ces mouents et les percevoir d'une façon quelconque. Il est pose de faire sur soi-même des expériences analogues et bantes. Et, comme pour les tables parlantes, il s'agit de uvements musculaires chez l'opérateur, qui est en même ps sujet sinon quelquefois dupe.

es contractions sont habituellement inconscientes et olument involontaires. L'intervention des centres supéurs en affaiblit la vivacité. Et pour saisir nettement les ntractions musculaires qui s'associent à nos idées moces, on s'adressera de préférence aux sujets hypnotisés, z lesquels l'état de mono-idéisme existe à un haut gré, et chez lesquels la puissance de résistance et celle contrôle sont en grande partie enlevées. Ces phénones à l'état hypnotique où d'auto-suggestion de l'état ysiologique, et dans les conditions habituelles de la , il est également facile de déceler l'existence d'un élément moteur dans nos représentations psychomotrices. ur le membre supérieur, rien n'est aisé comme d'enregistrer ces manifestations motrices de l'idée (chez un sujet i pense à un chiffre, je suppose), ou d'amplifier, pour le adre appréciable à l'œil, le mouvement qui résulte d'une tériorisation idéo-motrice inconsciente (canne qui va us la direction pensée). Pour le tronc la même chose, et s hypnotiseurs savent très bien qu'un bon sujet s'incline arrière si on le lui dit au préalable. Il suffit de penser à ne direction, à une voyelle, à un jeu de physionomie ur que les organes moteurs correspondants (muscles de eil, des lèvres, de la face, de l'écriture...) y répondent volontairement, inconsciemment et même malgré nous. es faits de la vie courante le démontrent d'ailleurs tous s jours, et nous nous fions à chaque instant à ces extériorisations motrices qui traduisent des états d'âme variés. n n'en finirait pas si l'on voulait montrer toutes les applitions de cette loi de physiologie générale. D'autre part, rsque notre pensée porte sur les régions sensitivo-sensorielles de notre cerveau, elle provoque également des tériorisations dans le domaine des sens (exemples divers our la vue, l'ouïe, l'odorat, les sensations cutanées, etc.). hypnoscope de Ochorowicz était uniquement basé sur es phénomènes, et il est certain que dans l'état hypnoque, ou dans des conditions pathologiques spéciales, ils euvent acquérir une intensité et une importance extraorinaires.

Dans le domaine organique, une foule de faits de la vie ourante nous montrent aussi l'extériorisation de l'élément sychique qui est l'élément prédominant de l'idée sur les onctions vasomotrices, sécrétoires, viscérales en un mot, t malgré cela, le médecin ne se rend pas toujours suffiamment compte de sa puissance ou de celle qu'il est apable d'emprunter à l'état d'âme des patients. L'influence curative de l'idée sur le physique est essentiellement variable, suivant les malades, et se trouve favorisée ordinairement par l'état hypnotique et par tout ce qui inspire la foi. Le traitement psychique, bien que reposant sur des bases sérieuses, est beaucoup trop négligé en pratique, mais celui qui l'exerce doit éviter différents écueils.

La suggestion, quoique puissante, ne supplée pas à tout. L'hypnotisme n'est pas une panacée. Efficaces dans une foule de troubles fonctionnels, ces méthodes donnent peu de résultats dans certaines affections organiques profondes. Bien des personnes y sont rebelles. Il y a de nombreuses précautions à prendre pour réussir, et, au lieu de l'hypnose brutale ou de la suggestion grossière, il faut souvent un entraînement psychique à l'état de veille. En outre, la suggestion ne doit pas toujours constituer tout le traitement psychique, et il faut savoir individualiser la cure. Il faut enfin très souvent, si l'on veut aboutir à une guérison définitive, un traitement médical bien compris, ce que le psychothérapeute trop zélé oublie parfois.

Le bégaiement. — M. le Dr Chervin. La pathogénie du bégaiement a subi des fortunes diverses. Hippocrate et tous les anciens attribuaient l'origine du bégaiement à une humidité anormale du cerveau et cette théorie a vécu plutôt subie qu'acceptée jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. Depuis, les uns l'ont attribué à un état spasmodique spécial des muscles de la langue, pour d'autres à une trop grande langueur ou à une trop grande brièveté de la langue. On a tenté, d'accord avec cette théorie, diverses opérations. En réalité, le bégaiement a sa place marquée dans la neurologie. Le bégaiement est une affection nerveuse caractérisée par des signes très précis et qui sont : 1° le début dans la première enfance ; 2° disparition complète dans le chant ; 3° troubles respiratoires. Il faut ajouter à cela un état mental spécial causé par des tares héréditaires souvent très lourdes ; dans certains cas, cet état mental domine toute la pathologie, émotivité exagérée, phobie verbale, aboulie, tics, etc. Le traitement curatif doit donc répondre à ces multiples indications. Une expérience de 50 ans me permet d'affirmer que la guérison en trois ou quatre semaines est la règle pour les malades dociles dans la pratique de ma méthode.

Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow. M. le Dr Eulenburg (de Berlin). Depuis que le syndrôme de la maladie de Graves ou de Basedow est bien connu, c'est-à-dire depuis soixante ans environ, trois théories sur sa pathogénie ont été en vogue : 1° la théorie hématogène ; 2° la neurogène et enfin 3° la thyrogène. La première est en contradiction avec certains faits bien établis et ne peut plus être admise. Les théories neurogènes du goitre exophtalmique qui cherchent à localiser le substratum de la maladie (sympathique, vague, bulbe, etc.) sont également en contradiction avec des faits cliniques et anatomo-pathologiques. La forme de neuropathie ou névrose constitutionnelle, qu'admettent quelques-unes de ces théories, ne peut pas expliquer la localisation spéciale des phénomènes de cette maladie. Actuellement, c'est la théorie thyrogène qui domine. Elle prend en considération les modifications qualitatives du suc sécrété par la glande thyroïde encore plus que l'hyperfonction de cet organe et l'augmentation de sécrétion.

M. le Dr Jules Voisin (de Paris) a soigné, il y a plusieurs années, 5 malades atteintes de goitre exophtalmique par

la médication thyroïdienne avec succès. Les observations de ces malades ont été communiquées au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux (1895). Depuis il a encore soigné deux autres malades. Ce sont les symptômes fonctionnels (tachycardie, émotivité, etc.), qui disparaissent les premiers. La médication doit être surveillée avec soin pour éviter les accidents. Elle doit être continuée longtemps et reprise de temps en temps. L'orateur se rallie à la théorie thyroïdienne.

M. le Dr L.-R. Regnier (de Paris). Dans les pays où le goître est endémique on voit des malades ayant le goître simple et d'autres qui présentent le syndrome de Basedow. Ce n'est donc pas l'altération anatomique et fonctionnelle de la glande qui est seule en cause. Si on cherche dans les antécédents héréditaires et personnels des deux catégories de malades on trouve toujours chez les Basedowiens des tares nerveuses. Ici donc comme dans la neurasthémie et les autres névroses, l'altération des fonctions sécrétoires prend sa source dans une altération du système nerveux. C'est donc à ce dernier que le traitement doit s'adresser et c'est ce qui explique pourquoi les Basedowiens traités par le courant galvanique, une fois guéris, n'ont plus besoin d'un nouveau traitement. J'ai pour preuve un malade guéri depuis deux ans, dont l'observation a été également communiquée au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux et qui, actuellement encore, va bien.

(*A suivre*).

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 *au* 26 *août* 1897.

(*Suite* (1).

De la prostatectomie. — M. Em. Desnos (de Paris). Depuis quelques années, l'intervention chirurgicale chez les prostatiques visant une cure radicale, a surtout consisté en des castrations et des résections de canaux différents.

La valeur de ces opérations n'est pas encore établie, mais il semble cependant démontré que la prostate diminue en masse sans qu'il s'ensuive que les saillies intra-vésicales des lobes se modifient.

Les indications de la prostatectomie restent donc entières contre la déformation du col. On sent que ces dernières sont très différentes, et il n'est pas possible d'établir une technique opératoire uniforme. Dans presque tous les cas, c'est par la voie hypogastrique que j'ai abordé la vessie. Si les saillies sont pédiculées, on les énucléera aux ciseaux ou à la pince, de préférence au galvano-cautère ; quand les lobes latéraux sont sessiles et qu'il existe de grosses masses péricervicales, le procédé qui m'a le mieux réussi est de décoller la muqueuse sans l'exciser, puis de tailler un lambeau cunéiforme du tissu prostatique, en prolongeant l'incision plus ou moins profondément, suivant les cas ; on cherche ainsi à obtenir une diminution de la masse prostatique en même temps qu'on aplanit les saillies péricervicales. La suture de la muqueuse est tentée ensuite, elle est bonne en principe, mais d'une exécution difficile et non indispensable à la guérison. Presque toujours j'ai drainé la vessie sans la fermer.

(1) V. *France médicale*, nos 35, 36, 37, 38, 39 et 40.

Les résultats, surtout les résultats éloignés, sont intéressants à étudier. Sur 23 opérations j'ai eu 13 amélioration tant au point de vue de l'infection vésicale que de la facilité de la miction ; dans 4 autres cas, l'infection vésicale a disparu ou diminué, mais la miction n'a guère été modifiée ; enfin, dans 2 cas, celle-ci est devenue plus difficile s'agissait de vieillards, dont la contractilité vésicale paraissait à peu près conservée avant l'opération a subi ment faibli. Enfin, dans 2 cas, les malades sont morts, l'u huit jours, l'autre six semaines après l'intervention.

Ces indications de la prostatectomie ne sont pas é dentes chez tous les prostatiques, elles doivent être ch chées, ce sont :

1° La contractilité vésicale doit être conservée ou p affaiblie ; ou bien elle doit reparaître rapidement lorsq la vessie primitivement infectée a été soumise à un trai ment antiseptique ;

2° Des saillies intra-vésicales doivent être constatées ; volume de la prostate importe peu ;

3° Il ne faut pas que les malades soient trop âgés et l meilleurs résultats ont été obtenus chez les prostatiqu entre 60 et 65 ans.

Ceux-ci peuvent être comparés à des malades porteu de rétrécissements de l'urètre ; l'obstacle enlevé, la vess conserve la contractilité bien plus longtemps et la rétenti est lente à s'établir.

La peste. — M. Metchnikoff, de Paris. Je viens présent les résultats des études entreprises à l'Institut Pasteur a sujet des épidémies récentes de l'Inde et de la Chin M. Yersin avait été envoyé, en 1894, par le gouvernemen français et c'est lui qui, avec Kitasato, a trouvé l'age pathogène de la peste dans les bubons, le sang et les dé jections des pestiférés.

Cet agent, nommé cocco-bacillus pestis, est pathogèn pour l'homme et pour les mammifères. L'on sait quel rô les rats et les souris prennent à la propagation de la pest Le bacille augmente même de virulence en passant dan leur milieu.

C'est la résistance de l'organisme qui forme les adénite connues sous le nom de bubons pesteux. Lorsque le bacill peut franchir cette barrière, l'infection se généralise amène la mort.

M. Roux a isolé la toxine pesteuse, elle est détruite au dessus de 70 degrés centigrades.

Calmette et Borrel ont réussi à vacciner les rongeur contre des doses mortelles de culture en leur injectan progressivement des doses croissantes de cultures stérili sées. Le sang de ces rongeurs a pu conférer l'immunité d'autres rongeurs. On peut ensuite arriver au même résul tat avec un cheval et c'est ce serum de cheval qui, après avoir guéri des rongeurs déjà infectés, fut employé pa Yersin en 1896. Il put traiter 26 pesteux et n'eut qu 2 morts. Alors fut établie une écurie en Nha-Tang par Yer sin, puis Roux en établit une à Garches pour le cas où l peste envahirait l'Europe.

Le sérum de cheval immunisé, provenant de ces deu écuries fut envoyé à Yersin qui l'employa à Bombay. Le résultats qu'il en obtint ne furent pas très bons car si l'on considère le total des cas soignés (83(on arrive à constate une mortalité de 49 p. 100 très supérieure par conséquent à celle que Yersin avait obtenue avec le sérum du premier cheval (7 p. 100). La raison en est sans doute dans des défauts de préparation. Du reste la mortalité pour les ma-

es non traités fut de 80 p. 100. Il faut ajouter que ce um, peu efficace comme moyen curatif, l'a été comme oyen préventif. L'immunité qu'il confère est du reste peu rable et il faut la renouveler, mais le sérum, trop peu ratif pour guérir, peut être employé à préserver.

Le sérum préventif devrait donc jouer un rôle pour la rde des frontières des États non contaminés. Quant à la érison de la peste, qui dépend de l'énergie du sérum, ce st qu'une affaire de temps.

Sur la pathogenèse des calculs urinaires. — M. Wilhem STEIN de Cöttingen. La pathogenèse, c'est-à-dire le mode développement des calculs urinaires et des symptômes i en dépendent, fait l'objet de cette communication. Étiologie, c'est-à-dire l'exposé des causes déterminantes la formation des calculs urinaires, ne sera mentionnée qu'autant que cela sera nécessaire pour la compréhen-on du sujet. Le développement de tout calcul urinaire ésuppose l'existence d'une substance organique (albumi-oïde) qui est indispensable à la formation du noyau, à oins que ce dernier ne soit formé par un corps étranger. ette substance albuminoïde, produite de différentes ma-ères dans l'organisme des sujets atteints de lithiase, four-t aussi bien pour la formation du noyau que pour le veloppement des calculs urinaires, avec les autres sub-ances contribuantes (acide urique et ses composés, oxa-tes, phosphates, etc.), la base constante des concrétions, etites et grandes, à partir du sable urinaire jusqu'aux lculs les plus volumineux qui exigent une intervention pératoire. La croissance des calculs urinaires — et ceci t la base fondamentale ultérieure de mes recherches sur pathogenèse des calculs urinaires — se fait toujours par position et notamment en partie par formation de fibres diales concentriques, en partie par dépôt de masses cris-llines irrégulièrement disposées; en partie par combinai-aison de ces deux modes, mais en tout cas avec le con-ours de la substance organique (albuminoïde) ci-dessus ientionnée. Si cette dernière fait défaut, le calcul cesse de roître. L'exactitude de cette doctrine est prouvée non seu-ment par l'analyse chimique des calculs urinaires chez homme et chez les animaux, l'étude de leur coupe polie, t par la reproduction exacte du corps des calculs comme olume, forme et mode du développement prenant sa ource dans la substance organique albuminoïde ci-dessus ientionnée, mais surtout aussi par la possibilité de repro-uire expérimentalement chez les animaux, nourris d'oxa-ide, des calculs qui, par leur formation, leur croissance t leur construction, sont identiquement pareils aux cal-uls ordinaires. Cette reproduction expérimentale de calculs xamidiques, découverte par moi, de concert avec M. Ni-olaier, et souvent constatée depuis, donne non seulement n aperçu clair sur la formation et la croissance des cal-uls urinaires, mais aussi sur le développement des sym-tômes auxquels ils donnent naissance. Mes études ulté-ieures et celles de M. Nicolaie sur l'excrétion de l'acide rique par les reins faciliteront probablement aussi la com-préhension de la formation, à ses débuts, des concrétions riques dans les reins.

Traitement des plaies infectées. Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol. — M. LE DENTU, de Paris. Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection absolue d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne. On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces méthodes sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement humide ou sec. Elles utilisent des agents dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe pour être efficaces. Sauf certaines nuances constituant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques, depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années, un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-unes cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville ; ce sont : le formol et le parachlorophénol.

Avec des solutions à 5 p. 100 et à 5 p. 1.000 de la solution à 40 p. 100 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 p. 100 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escarrifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gr. 79 et 0 gr. 10. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait de 0 gr. 66 par kilogramme d'animal ; ce chiffre nous paraît assez exact. Cela n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution mère de formol à 40 p. 100. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant 2 fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200e, on se sert en réalité d'un agent 10 fois plus énergique que le sublimé au 1/1.000e.

Le formol a en plus un pouvoir désodorant absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution à 1/200 ou à 5 p. 1.000.

A ces divers titres, le formol est donc un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées, mais je n'y m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 p. 1.000, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas et il n'irrite sérieusement ni les yeux, ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements,

en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici et la solution à 1/200 m'a paru toujours très bien supportée. Avec une solution à 1/400 ou à 2,5 p. 1.000, on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1.000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectées. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le parachlorophénol est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37°, bouillent à 217°, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 p. 100 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc 5 fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique, et des solutions 5 fois plus faibles sont équivalentes aux 3 solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme, en injections sous-cutanées sur 21 cobayes. Dans une première série d'expériences, nous avons fait une seule injection de solutions à 2,5 p. 100, 1 p. 1.000. La dose mortelle s'est trouvée entre 0 gr. 21 et 0 gr. 26 par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de coma. En 2 injections faites 2 jours consécutifs, 0 g. 25 par kilogramme ont été supportés. Avec 3 injections pratiquées en trois jours, 0 gr. 26 par kilogramme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de jours variant de 6 à 66, des doses totales de 0 gr. 51 et de 1 gr. 42 par kilogramme ont causé la mort : dans le premier cas, avec 4 injections ; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gr. 34 en 48 injections pendant soixante-six jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard, de Berne. Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 0 gr. 25 à 0 gr. 26 par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

Genèse des différentes formes de diabète sucré. — M. Lépine, de Lyon. La clinique permet de distinguer certaines formes de diabète sucré qui, par leur étiologie, leurs symptômes et leur marche, semblent distinctes les unes des autres :

1° Claude Bernard, par la célèbre expérience de la piqûre, a révélé aux médecins la possibilité d'un diabète consécutif aux traumatismes cérébraux ou à des lésions spontanées de l'encéphale. En fait, la réalité d'un diabète d'origine nerveuse est indiscutable. Dans ce diabète la glycosurie est assez souvent modérée. Elle peut, au bout d'un certain temps, disparaître en laissant une simple polyurie ;

2° On a, depuis longtemps, observé que certains diabètes se développent sous l'influence de la goutte, et on a appris à en reconnaître les traits distinctifs : la maladie apparaît à l'âge moyen de la vie, chez des sujets arthritiques, à visage coloré, souvent obèses. La glycosurie, exceptionnellement très abondante, peut faire quelquefois défaut, par intervalles. Ce diabète a une marche lente ; il est relativement bénin, surtout si les malades se soumettent à une hygiène et à un régime convenables ;

3° Bouchardat avait autrefois attiré l'attention sur la fréquence des lésions du pancréas chez les diabétiques ; mais on doit à Lancereaux d'avoir établi que dans certaines maladies de cet organe, notamment dans le cas de calculs du canal de Wirsung ayant déterminé une angiocholite généralisée et une sclérose de tout le parenchyme, les malades peuvent être atteints d'un diabète qui, dans ce cas, est presque toujours grave et à évolution rapide. Von Mering et Minkowski ont réalisé cette forme de diabète chez l'animal par l'extirpation de la totalité du pancréas. Cette découverte, qui date de 1889, est une des plus brillantes conquêtes de la pathologie expérimentale ;

4° Les trois formes précédentes sont loin d'englober tous les cas de diabète qui se présentent en clinique : j'ai vu bien souvent des diabétiques dont la maladie, survenue sans aucune cause appréciable, avait revêtu, sauf quant à la durée souvent assez longue, l'apparence d'un diabète pancréatique. Or, à l'examen macroscopique et microscopique, le pancréas m'a paru sain. D'autre part, rien n'est commum comme de trouver, à l'autopsie de diabétiques, dont la maladie n'avait pas réalisé la forme du diabète pancréatique, une atrophie plus ou moins marquée du pancréas, avec lésions histologiques qui semblent minimes d'ailleurs, et dont la signification exacte nous échappe. En somme, outre les trois types ci-dessus indiqués, il existe une foule de cas qu'on ne sait comment classer.

On conçoit l'existence de ces faits nombreux, qui restent en dehors des cadres, si l'on admet que chaque cas de diabète est constitué par plusieurs éléments pathogéniques dont l'importance est variable. La science n'est pas assez avancée pour que nous les connaissions tous. En voici au moins quatre ou cinq.

Azoamylie. — Les physiologistes, surtout ceux de l'école de Munich, nous ont appris qu'à l'état normal, les cellules hépatiques sont capables d'emmagasiner, dans un certain temps, une certaine quantité du glycogène qu'elles ont élaboré au moyen de certains sucres charriés par le sang de la veine porte. Or, il peut arriver que ce processus physiologique fasse défaut d'une manière plus ou moins complète, d'où une cause d'hyperglycémie. C'est là, pour Seegen, la pathogénie de la forme légère du diabète. C'est au moins la cause principale de la glycosurie alimentaire signalée chez l'homme par Colrat et qui a fait, dans ces dernières années, l'objet de nombreux travaux.

Les cellules hépatiques peuvent aussi fabriquer, les physiologistes disent sécréter, du sucre en quantité exagérée en détruisant leur glycogène. Cette exagération de fonction est également une cause d'hyperglycémie.

Inaptitude à faire autant de glycogène qu'à l'état normal et aptitude exagérée à faire du sucre, voilà deux troubles fonctionnels de la cellule hépatique qui, bien que distincts, me paraissent coexister le plus souvent. Si cette coexis-

nce est la règle, comme je le crois, il est peut-être per-
is, pour simplifier, de les confondre sous le nom d'azoa-
ylie, qui signifie l'inaptitude de la cellule à posséder
ıtant de glycogène qu'à l'état normal. Cet état de la cel-
ıle hépatique est provoqué par :

a. Certaines excitations nerveuses : piqûre du plancher
Cl. Bernard) ; lésion de divers points du système nerveux
Schiff, Eckhardt, de Cyon et Aladoff, etc.) ; excitation du
planchnique (Morat et Dufour) ; excitation du bout péri-
hérique du vague (Butte, Lépine, Levene) ; excitation du
lexus solaire (E. Cavazzani), etc.

b. Divers poisons : phosphore, arsenic, sublimé, nitrite
'amyle, curare, certaines toxines microbiennes, etc., etc.

c. L'ablation du pancréas.

Au contraire, à cet état de la cellule hépatique, mettent
bstacle :

a. La section de la moelle entre les dernières cervicales
t la sixième dorsale (Cl. Bernard, Bœhm et Hoffmann,
. Mayer, Nebelthau, Chauveau et Kaufmann) ;

b. Un certain nombre de substances telles que la glycé-
ine (Luchsinger), tous les antipyrétiques (Lépine avec la
ollaboration de Porteret, Nebelthau, les sels ammoniacaux
Rohmann, Nebelthau) ; l'atropine (A. Cavazzani), etc., etc.

*Excès de protéolyse primitive et glycogénie sans glyco-
ène.* — Il est positif que chez beaucoup de diabétiques la
ésassimilation azotée est exagérée. On a dit (Weintraud,
oon Noorden, etc.) que cette désassimilation est secon-
laire ; en d'autres termes, qu'elle a pour but de fournir à
'économie les calories nécessaires dont elle est privée par
e défaut de combustion du sucre. Bien que cette interpré-
ation séduisante soit, je crois, généralement admise, je ne
uis pas convaincu qu'elle soit valable pour tous les cas.

Le sucre ainsi formé passe-t-il nécessairement par l'état
de glycogène? L'observation directe (dosage micro-chi-
mique du glycogène au moyen d'une piqûre du foie sur le
vivant) nous a appris que, chez certains diabétiques, le foie
est très pauvre en cette substance. On pourrait assurément
supposer que dans ces cas la cellule, semblable à un ton-
neau sans fond, ne retient pas le glycogène qu'elle élabore ;
mais on doit aussi se demander si cet intermédiaire est in-
dispensable.

Les chimistes ont, dans le laboratoire, obtenu du sucre
aux dépens de certaines matières protéiques. Sans revenir
sur des faits connus, je ne parlerai que des plus récents.

F. Müller a extrait, de la mucine de l'appareil respira-
toire, une forte proportion de sucre, lequel, traité par la
phénylhydrazine, a donné des cristaux dont le point de
fusion était voisin de celui du glucosazone. Hammarsten a
retiré un pentose de la nucléine du pancréas. F. Blumen-
thal en a trouvé également dans la nucléine du foie, du
thymus, des muscles, de la thyroïde, de la rate et du cer-
veau. Des cristaux de glucosazone ont été obtenus, par
Kravkow, de l'albumine de l'œuf soumise à l'ébullition en
présence de l'acide chlorhydrique. La jécorine renferme
une matière sucrée. Or, on a trouvé de la jécorine dans le
foie, le cerveau, les muscles, la rate, les capsules surrénales
et le sang. Quand on tient compte de ces faits on conçoit
que Pavy, reprenant une idée de Krukenberg, ait prétendu
que les matières albuminoïdes ont la constitution des glu-
cosides. Il s'en faut assurément que les idées de Pavy
soient actuellement admises ; mais les faits positifs que
nous venons de rapporter suffisent pour légitimer l'idée
qu'une partie du sucre produit dans l'économie peut prove-
nir directement des matières protéiques. C'est également
ce que semble montrer l'étude de la glycosurie phlorizique.
D'après Straub, il en serait de même pour la glycosurie
consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

J'ai supposé jusqu'ici une formation exagérée de sucre ;
or, dans certaines formes de diabète elle paraît faire dé-
faut : Kaufmann, après avoir soutenu avec Chauveau en
1893 que « tout diabète tient à une augmentation de la
production du sucre », conclut en 1896, en se basant sur la
détermination simultanée des échanges respiratoires, de
l'excrétion azotée et de la thermogenèse, que chez le chien
privé de pancréas il y a tendance à la diminution de la
quantité de sucre formé, et qu'il y a surtout chez lui défaut
d'utilisation de ce sucre, puisque la quantité utilisée n'est
plus que 68 à 78 p. 100 de la normale.

Une autre méthode a servi à prouver que la consomma-
tion du sucre est diminuée chez l'animal privé de pancréas.
Elle consiste à isoler de la circulation générale le foie, qui
est la principale source du sucre et à observer la décrois-
sance de l'hyperglycémie. Hédon et Kaufmann ont fait,
chacun de leur côté, cette expérience sur le chien, et, cette
année, Kausch l'a réalisée sur le canard. Or, « chez quel-
ques chiens diabétiques, dit Hédon, une heure après l'iso-
lement du foie, le sang circulant contenait exactement la
même proportion de sucre qu'avant la ligature des gros
vaisseaux ». D'après Kausch, il y a également chez le ca-
nard une diminution de la consommation du sucre, assez
faible d'ailleurs. Seul Kaufmann avait cru tirer de ses expé-
riences une conclusion opposée ; mais il avait mal inter-
prété ses résultats ; je l'avais déjà montré et Kausch a fait,
à son tour, la même remarque.

Défaut de transformation du glucose en graisse. — On doit
à Hanriot et Richet la découverte du fait que, dans cer-
taines conditions (après ingestion d'une grande quantité
d'hydrates de carbone et d'eau), le quotient respiratoire
peut dépasser l'unité, ce qui ne paraît pouvoir s'expliquer
que par la transformation du sucre en graisse, avec déga-
gement d'acide carbonique. Ce fait important a été con-
firmé par Bleibtreu sur deux oies nourries de fécule, par
Kaufmann et par Laulanié sur le chien. Ainsi l'économie
possède, à l'état normal, le moyen de se débarasser d'un
excès de sucre, en emmagasinant de la graisse. Or, chez
l'homme diabétique, Hanriot, Leo, Weintraud et Laves,
Stüve Nehring et Schmoll ont pu constater que ce résultat
fait défaut. En d'autres termes, après l'ingestion d'une forte
quantité de sucre, le quotient respiratoire n'est pas aug-
menté.

Diminution du ferment glycolytique. — Voilà un élément
pathogénique important du diabète. On vient de voir com-
ment a été prouvée la diminution de la consommation du
sucre dans l'économie de certains diabétiques. L'étude de la
destruction du sucre *in vitro* donne des renseignements qui
concordent avec ceux des méthodes que j'ai précédemment
indiquées. Je l'ai étudié avec soin, surtout dans le sang,
depuis 1889, en partie avec la collaboration de Barral, ac-
tuellement agrégé de chimie à la Faculté de médecine de
Lyon, puis avec celle de Métroz, Martz et Fauchon. Une
longue série de travaux, en grande partie inédits, m'a
permis d'établir l'existence dans le sang d'un ferment que
j'ai nommé glycolytique et d'en connaître quelques parti-
cularités :

Ce ferment n'a aucun rapport avec la coagulation,
comme l'avait d'abord admis Arthus. Barral et moi avons

réfuté cette erreur par l'expérience du retournement de la veine et Martin Hahn vient de démontrer que l'histon, qui empêche la coagulation, laisse le pouvoir glycolytique intact. Barral et moi avons signalé la grande diminution de la glycolyse dans l'asphyxie ; Spitzer a constaté son abolition dans le sang privé d'oxygène. Je l'ai également vu manquer dans le sang agité avec l'oxyde de carbone, et diminuer si le sang est recouvert d'une couche d'huile (Lépine et Martz). Ces faits concourent à prouver que la glycolyse dans le sang *in vitro* résulte d'un phénomène d'oxydation.

Mais il n'en résulte pas que le ferment glycolytique soit identique avec les ferments oxydants, ou oxydases, dont il est beaucoup question depuis quelque temps et que nous ont fait connaître les travaux de Schmiedeberg, Jaquet, J. Pohl, Salkowski, Abelous et Biarnès, de Rey-Pailhade, Bertrand, Bourquelot, Medvedew, et qui ne sont d'ailleurs pas identiques entre eux, car la laccase de Bertrand diffère, ainsi que l'a dit avec raison de Rey-Pailhade, du ferment oxydant des tissus. Il convient tout d'abord de rappeler que Nencki et Sieber ont prouvé que chez les diabétiques l'oxydation du benzol se fait comme à l'état normal. Mais il est, en outre, possible d'indiquer entre le ferment glycolytique et le ferment oxydant quelques différences importantes :

Ferment oxydant.	*Ferment glycolytique.*
Plus abondant dans certains organes (foie) que dans le sang.	Plus abondant dans le sang que dans le foie.
Existe dans la salive (Carnot).	Manque absolument dans la salive et le suc pancréatique (Lépine).
A son optimum d'action à 60° C. et est détruit à une température voisine de l'ébullition (Abelous et Biarnès).	A son optimum d'action entre 40° et 50° C. environ ; est annihilé entre 54° et 60° C. (Lépine et Barral).
Est précipitable par l'alcool (Abelous et Biarnès) (2e opinion).	Est détruit par l'alcool (Arthus, Lépine, Abelous et Biarnès) (1re opinion).

Qu'est-ce donc que le ferment glycolytique ? Il et difficile de le dire au juste ; mais il est aisé de dire ce qu'il n'est pas :

1° Il diffère assurément de la substance à laquelle est dû le pouvoir bactéricide. Martin Hahn a noté entre le pouvoir bactéricide du sang et son pouvoir glycolitique quelques analogies intéressantes : tous deux disparaissent lorsque le sang est maintenu à une température de 55° C. ; tous deux diminuent considérablement si le sang est laissé deux ou trois jours à la température du laboratoire ; tous deux sont en relation avec la quantité de sang employé ; tous deux sont fort diminués par le mélange de sangs d'animaux d'espèces différentes, tous deux sont plus considérables si le sang présente un certain degré d'hyperleucocytose ; tous deux enfin sont indépendants de la coagulation. Mais malgré ces analogies, il est impossible, ainsi que le remarque fort justement Martin Hahn, de les considérer comme identiques, car il existe entre eux une différence essentielle. En effet, ainsi que je l'ai prouvé, avec Barral, le serum du sang frais, obtenu par centrifugation, ne possède aucun pouvoir glycolytique, tandis que le serum est doué, comme on sait, du pouvoir bactéricide.

2° On aurait pu supposer, en poussant à l'extrême une conception ingénieuse de M. Traube, reprise par Spitzer que le ferment glycolytique n'est autre chose que de l'oxygène actif, fixé sur les globules rouges, et dans cet ordre d'idées on eût pu être tenté d'accorder une grande importance à l'altération des globules rouges chez les diabétiques découverte par Bremer, de Saint-Louis. Dans sa dernière publication, qui est l'expression de sa pensée actuelle, Bremer dit que si on colore du sang normal étalé sur une lamelle et desséché à 135° C., pendant six à dix minutes, avec du rouge du Congo ou du bleu de méthylène, les globules rouges se colorent fortement en rouge, dans le premier cas, en bleu dans le second, tandis qu'avec du sang diabétique il n'y a pas de coloration. Si on emploie le mélange d'Ehrlich-Biondi, les globules rouges du sang normal se colorent en violet, ceux du sang diabétique deviennent orange.

Cette différence de coloration est assurément fort curieuse ; mais comme Lyonnet et moi avons trouvé que les globules rouges du sang leucocythémique se comportent exactement de même que les globules rouges des diabétiques, il nous est impossible d'accorder à l'altération en question la valeur d'un élément pathogénique du diabète. On peut d'autant moins considérer les globules rouges comme le siège exclusif du ferment glycolytique dans le sang que la lymphe, comme je l'ai indiqué autrefois, et comme l'a parfaitement vu le professeur Dastre, renferme au moins autant de ferment glycolytique que le sang.

Élément rénal du diabète. — Je viens d'indiquer quelques éléments qui, par augmentation de la production ou par diminution de la consommation du sucre, amènent de l'hyperglycémie ; mais il ne faut pas oublier que celle-ci ne suffit pas à produire le diabète : il y a des hyperglycémies sans diabète, comme il y a des glycosuries sans hyperglycémie (notamment la glycosurie phlorizique) Il existe donc un élément rénal, dont il importe de tenir compte. On a même parlé de diabète rénal chez l'homme. De tels cas sont tout à fait exceptionnels. En voici un des plus remarquables ; je l'emprunte à la littérature récente :

Il s'agit d'une fille de 25 ans qui, cinq mois avant son admission à l'hôpital, fut prise, d'une manière assez soudaine, de polydipsie et de polyurie, avec glycosurie. Les 2 premiers symptômes disparurent d'eux-mêmes, sans traitement, mais la glycosurie persista.

L'urine renfermait 50 à 80 grammes de sucre par litre. Une alimentation exclusivement albuminoïde ne modifia pas la glycosurie. L'état général était excellent ; pas d'acétonurie. Un examen attentif montra que la glycosurie n'existait qu'après les repas, indépendamment de la composition de ces derniers. A un moment où l'urine présentait 40 grammes de sucre par litre, l'analyse du sang en révéla 1 gr. 40 pour 1.000. La malade resta six mois à l'hôpital, sans amélioration. Les auteurs admettent qu'il s'agissait là d'un diabète rénal. Le cas me paraît un peu plus complexe qu'ils ne le croient, car la glycosurie était très forte ; mais on ne peut nier qu'un élément rénal y jouait un grand rôle.

Les différents éléments que nous venons de passer en revue existent tous, ou presque tous, dans les différentes formes du diabète ; mais, comme je l'ai dit plus haut, chacun intervient plus ou moins, selon les cas : dans le diabète pancréatique, par exemple, on sait qu'il y a azoamylie (Hédon, Minkowski), diminution du ferment glycolytique (Lépine), diminution de la formation de la graisse (Wein-

d et Laves), diminution de la formation du sucre (Kaufmann).

ans le diabète nerveux, dont la pathogénie est d'ailleurs ore moins connue, il y a, au moins, azoamylie (Naunyn), géraiton de la glycogénie hépatique (Cl. Bernard), diminion du ferment glycolytique (Lépine). (On ignore s'il y minution de la formation de la graisse). Enfin, d'après uveau et Kaufmann, il y aurait probablement inhibition la sécrétion interne du pancréas, mais qui, en tout cas, suffit pas à expliquer les effets obtenus, attendu que, près Hédon, la piqûre du bulbe exagère l'hyperglycémie a glycosurie produites par l'ablation du pancréas.

(*A suivre*).

NOUVELLES

L'affaire de Charonne. — Depuis notre dernier numéro, Dr Laporte a été mis en liberté provisoire, moyennant e caution de deux mille francs, garantie par le syndicat s médecins de la Seine!

C'est le 19 octobre qu'il doit comparaître, assisté de vocat Henri Robert, devant la 9e chambre correctionlle, sous l'inculpation d'homicide par imprudence.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du septembre 1897, les médecins stagiaires dont les noms ivent ont été nommés au grade de médecin aide-major deuxième classe, pour prendre rang du 1er octobre 1897, ont reçu les affectations ci-après :

MM. Costa, pour l'hôpital militaire de Marseille ; — Brun, ur le 58e d'infanterie ; — Bertelé, pour le 9e chasseurs à eval ; — Conte, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — ejouany, pour le 97e d'infanterie ; — Jacquemin, pour le chasseurs à cheval ; — Grall, pour le 19e d'infanterie ; — amus, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied ; — Trutié e Vaucresson, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — errin, pour le 23e d'infanterie ; — Gauthier, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied ; — Séguinaud, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — David de Drézigué, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — Cassan, pour le 7e d'infanterie ; — Fadeuilhe, pour le 17e d'artillerie ; — Bourcier, our l'hôpital militaire de Versailles ; — Boudriot, pour le 5e d'infanterie ; — Guignot, pour le 39e d'artillerie ; — héaulon, pour le 30e d'infanterie ; — Rabuson, pour l'hôital militaire de Toulouse ; — Thollon, pour le 12e chaseurs à cheval ; — Duffau, pour le 1er d'infanterie ; — Baills, pour le 94e d'infanterie ; — Mendy, pour le 23e dragons ; — Brisard, pour le 2e d'infanterie ; — Duméry, pour hôpital militaire de Lille ; — Faideau, pour le 114e d'infanterie ; — Biérer, pour le 15e bataillon de chasseurs à pied ; — Martin, pour le 22e d'infanterie ; — Folly, pour le 77e d'infanterie ; — Pinet, pour le 136e d'infanterie ; — Paul, pour l'hôpital militaire de Rennes ; — Navas, pour le 139e d'infanterie ; — Taste, pour l'hôpital militaire de Rennes ; — Roufflandis, pour l'hôpital militaire de Marseille ; — Le Bihan, pour l'hôpital militaire de Bourges ; — Baron, pour le 96e d'infanterie ; — Ehrmann, pour le 154e d'infanterie ; — Vignal, pour l'hôpital militaire de Bourges ; — Picon, pour le 133e d'infanterie ; — Julia, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; — David, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Thiébaut, pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Dickson, pour le 73e d'infanterie ; — Pélissié, pour l'hôpital militaire de Lille ; — Wagon, pour le 147e d'infanterie ; — Angué, pour le 138e d'infanterie ; — Fache, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; — Gabrielle, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied ; — Sacquepée, pour l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; — Job, pour le 2e dragons ; — Calais, pour le 8e dragons ; — Massoulard, pour le 14e dragons ; — Vendenbossche, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; — Danis, pour le 19e d'artillerie ; — Capmas, pour le 30e dragons ; — Dopter, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; — Langlois, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — Finck, pour le 37e d'infanterie ; — Scheffler, pour le 16e d'infanterie ; — Ardoin, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; — Masson, pour le 9e cuirassiers.

— Par décision ministérielle, en date du 28 septembre 1897, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-major de deuxième classe Favier, pour le 14e bataillon de chasseurs à pied ; — Campos-Hugueney, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied.

M. le médecin aide-major de première classe Duron est maintenu au 158e d'infanterie.

— Par décret, en date du 29 septembre 1897, sont promus dans le corps de santé militaire au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 1er octobre 1897, et maintenus à leur poste actuel, les cinquante-deux médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

MM. Schneider, à l'hôpital militaire d'Oran ; — Richon, au 28e d'infanterie ; — Sallet, au 131e d'infanterie ; — Masure au 25e dragons ; — Mainguy, au 10e d'artillerie ; — Legrand, au 54e d'infanterie ; — Bory, au 18e dragons ; — Oui, au 43e d'infanterie ; — Peyroux, au 110e d'infanterie ; — L'Homme, au 18e d'infanterie ; — Coullaud, au 7e chasseurs à cheval ; — Lamoureux, au 1er chasseurs à cheval ; Léon, au 24e dragons ; — Couraud, au 6e d'infanterie ; — Gault, au 60e d'artillerie ; — Carrey, au 11e chasseurs à cheval ; — Collet, au 4e hussards ; — Ponsot, au 1er d'artillerie ; — Mauviez, au 113e d'infanterie ; — Caziot, au 95e d'infanterie ; — Renard, au 12e dragons ; — De Lauwereyns de Roosendaele, au 15e chasseurs à cheval ; — Guichard, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Viallet, au 12e bataillon de chasseurs à pied ; — Douzans, au 17e d'infanterie ; — Mélot, au 8e chasseurs à cheval ; — Ligouzat, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Pignet, au 35e d'artillerie ; — Dehoey, au 10e dragons ; — Benthoux, au 23e bataillon de chasseurs à pied ; — Defoug, au 55e d'infanterie ; — Boucarut, au 122e d'infanterie ; — Léniez, au 4e cuirassiers ; — Gautrand, au 116e d'infanterie ; — Denis, au 6e cuirassiers ; — Stéfani, au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Picqué, au 148e d'infanterie ; — Poullain, au 17e chasseurs à cheval ; — Opin, au 2e chasseurs à cheval ; — Bar, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Challiol, au 152e d'infanterie ; — Miramond, au 91e d'infanterie ; — Ravé, au 150e d'infanterie ; — Paul, au 2e bataillon de chasseurs à pied ; — Gras, au 31e dragons ; Gerbaux, au 1er dragons ; — Bontemps, au 11e cuirassiers ; — Lascoutx, au 26e bataillon de chasseurs à pied ; — Saint-Martin, au 17e bataillon de chasseurs à pied ; — Gallot, au 20e bataillon de chasseurs à pied ; — Bailby, au 44e d'infanterie ; Augarde, au 28e bataillon de chasseurs à pied.

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. — La com-

position écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 18 octobre à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

— JURYS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT. — Les jurys de l'internat et de l'externat sont provisoirement constitués de la façon suivante :

Jury de l'internat : MM. Chauffard, Lebreton, Launois, Duguet, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porak et Guyon. — MM. Guyon, Lebreton et Porak n'ont pas encore fait savoir s'ils acceptaient.

Jury de l'externat : MM. Mosny, Renon, Caussade, Claisse, Mauclaire, Thiéry, Guillemain, Demelin.

Faculté de médecine de Paris. — CONSIGNATION POUR EXAMENS QUI SE PASSENT EN SESSIONS. — *Ancien régime.* — *Premier examen du doctorat.* — 1° Session d'octobre 1897 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897. La session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897.

2° Session de janvier 1898 : Seront seuls admis les élèves docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1897. La cinquième et la sixième inscriptions seront délivrées en janvier 1898, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1897, et acquitté les droits réglementaires (40 francs). Les consignations seront reçues les 20 et 21 décembre 1897. La session aura lieu du 3 au 8 janvier 1898.

3e Session de juillet 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 20 et 21 juin 1898. La session aura lieu du 4 au 9 juillet 1898.

Deuxième examen (première partie). — Session de mars à mai 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins, non périmées, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 7 et 8 mars 1898. La session commencera le 16 mars 1898.

Deuxième examen (deuxième partie). — Session de novembre 1897 à janvier 1898 : Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La quatorzième inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la deuxième partie du deuxième examen.

Examen de fin d'année (Official). — 1° Session d'octobre 1897 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1897 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 11 et 12 octobre 1897. La session aura lieu du 25 au 30 octobre 1897.

2° Session de juillet 1898 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 13 et 14 juin 1898. La session commencera le 27 juin 1898.

N. B. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. *Nouveau régime.* — *Premier examen de doctorat.* — Session de mars à mai 1898 : Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 3, 4 et 5 mai 1898. La session commencera le 16 mars 1898.

Deuxième examen de doctorat. — Session de novembre 1897 à janvier 1898 : Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 4 octobre 1897 au 11 janvier 1898. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La dixième inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au deuxième examen.

III. *Avis aux candidats ajournés.* — Les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (deuxième partie), ancien régime, et au deuxième examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 13 février 1898, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 9 au 28 mai 1898. Ils devront consigner les 25 et 26 avril 1898. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous (§ 2) pour les candidats ajournés au deuxième examen (première partie), ancien régime, et au premier examen, nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (première partie), ancien régime, et au premier examen de doctorat, nouveau régime : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 13 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 13 juin, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 29 mai.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront les 23, 24 et 31 mai inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 29 mai, consigneront les 13 et 14 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Nécrologie. — Le Dr HANNE, de La Pointe-à-Pitre. — Le Dr JACQUET, de Saint-Julien (Haute-Savoie), reçu en 1876. — Le Dr MAHEUT, de Caen, reçu en 1839. — Le Dr BADOUR, médecin principal de 1re classe, en retraite. — Le Dr ALBERT, de Paris, médecin de l'état civil du XIXe arrondissement, reçu en 1862, décédé le 2 octobre.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*